

Optimizar la Cobertura del Cuidado Privado para Reducir la Mortalidad

Autores:

Dominique Araya The Ohio State University, USA

Wei Xiong Universidad de los Andes, Chile

1. Resumen Ejecutivo

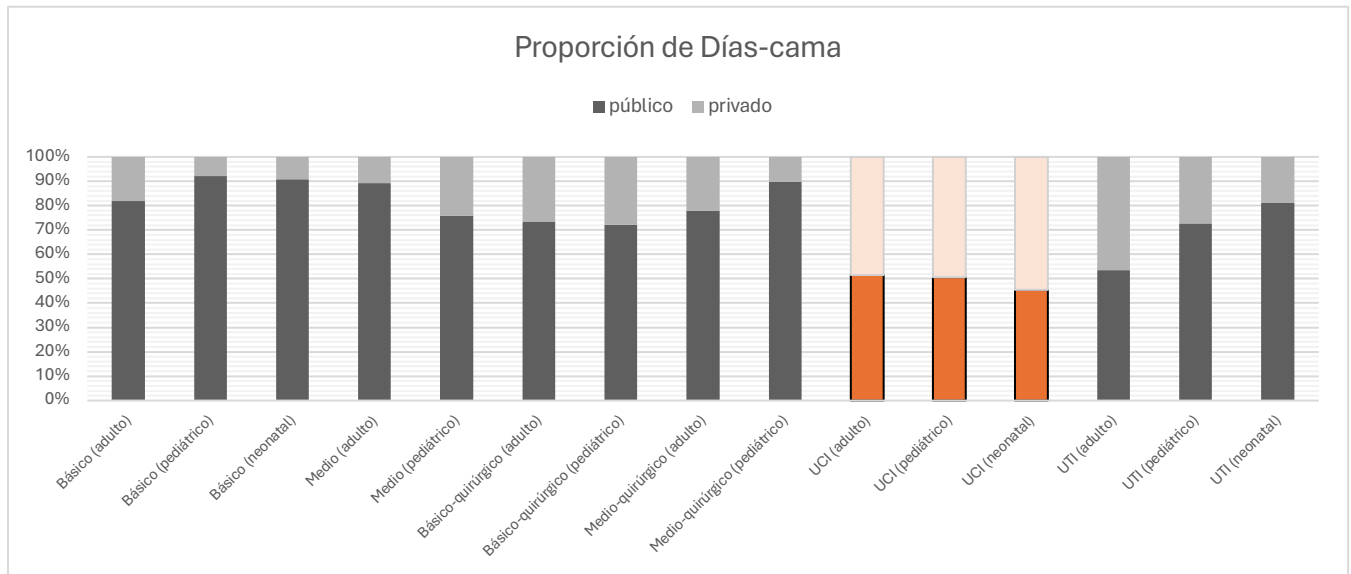
A nivel mundial, Chile se encuentra en el séptimo decil en mortalidad evitable mediante la atención médica, lo que indica un amplio margen para mejorar el acceso a la atención de salud como medio para reducir la mortalidadⁱ. El presente estudio analiza la diferencia en mortalidad entre hospitales públicos y clínicas privadas en Chile, destacando el rol de la cobertura privada en la distribución de pacientes entre los dos sectores. Las clínicas privadas registran menor mortalidad porque atienden a pacientes con menor riesgo debido a la autoselección de pacientes. Esta distribución desequilibrada implica que la mitad de la capacidad nacional de cuidados intensivos en clínicas privadas se aplica a pacientes con significativamente menor riesgo de mortalidad en comparación con la otra mitad restante en hospitales públicos. Durante la pandemia de COVID-19, la transferencia de pacientes severos a unidades con capacidad demostró salvar vidas. Esto sugiere que políticas de cobertura que incentiven a pacientes severos a autoseleccionarse en clínicas privadas, donde existe mayor disponibilidad de cuidados intensivos, pueden reducir la mortalidad. Esto requeriría un enfoque coordinado que mitigue los riesgos financieros y asegure una distribución equitativa de los recursos disponibles. Recomendamos implementar una cobertura con copago basado en diagnósticos, similar al PAD (Patologías Asociadas a Diagnósticos), que proteja a los pacientes del riesgo financiero asociado a complicaciones. Sin embargo, a diferencia del PAD, proponemos que el reembolso de Fonasa a los prestadores privados incluya los costos adicionales asociados a la atención de pacientes graves, garantizando así su participación. Nuestro modelo demuestra que esta medida puede mejorar los resultados de salud sin sobrecargar el presupuesto público.

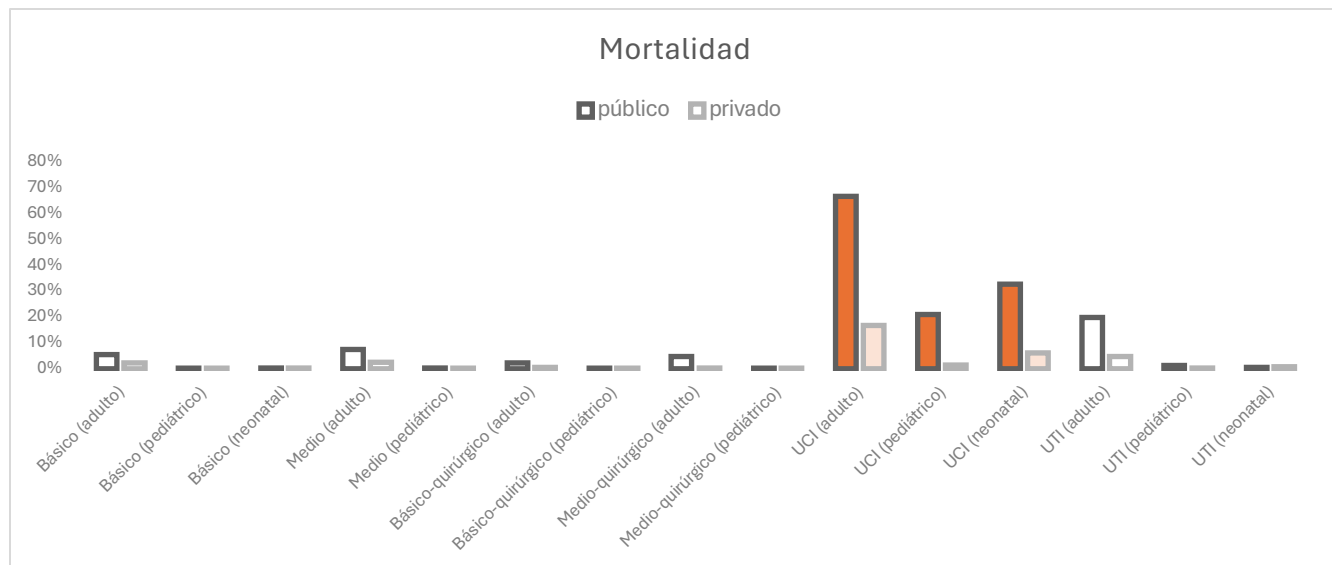
2. Planeamiento de problema basado en evidencia

Hecho 1. Las clínicas privadas representan el 50% de la capacidad de UCI y tienen una mortalidad 20-50 puntos porcentuales menores en estas unidades.

Analizando los egresos hospitalarios entre 2010 y 2019, las clínicas privadas representan el 10-20% de la capacidad en atención básica y media, pero el 50% de la capacidad en UCI. La mortalidad en estas últimas es considerablemente menor: 50 puntos porcentuales menos para adultos, 20 puntos porcentuales menos en pediatría y 27 puntos porcentuales menos en neonatología. La Figura 1 muestra el contraste.

Figura 1. Contraste de capacidad y mortalidad entre hospitales públicos y clínicas privadas (calculado en base a egresos hospitalarios 2010-2019, DEIS).





Notas: La proporción de días-cama se calcula usando la capacidad efectivamente utilizada, observada a través de los egresos hospitalarios, sin considerar la capacidad ociosa. La mortalidad corresponde a una tasa cruda, determinada según la condición del paciente al momento del alta.

Hecho 2. Ajustando por la severidad del paciente y eliminando la autoselección, no se encuentra evidencia de que las clínicas privadas sean más eficaces en salvar vidas.

Analizamos si las clínicas del sector privado son más hábiles salvando pacientes. Para ello, comparamos casos de pacientes transferidos por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) pre-pandemia². Cuando los profesionales del sector público enfrentan una limitación de camas y solicitan que la UGCC transfiera pacientes, la UGCC asigna camas basándose en capacidad disponible, sin autoselección de los pacientes. Los datos muestran que, dado el mismo nivel de la intensidad de tratamiento, la mortalidad es igual o hasta marginalmente mayor en clínicas privadas, lo que sugiere que la calidad clínica no difiere significativamente en la dimensión de salvar vida en cuidados intensivos. La Tabla 1 resume el resultado.

Los datos ajustados por severidad revelan que la diferencia de mortalidad entre sectores no refleja una superioridad clínica del sector privado, sino más bien diferencias en los perfiles de riesgo de los pacientes

² Informe UGCC: https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal_chile/0/1/5110.pdf

atendidos. Esto destaca la importancia de considerar factores estructurales y de acceso al analizar los resultados de mortalidad.

Tabla 1. Mortalidad y duración de la estadía de los pacientes transferidos por la UGCC (calculado con registros de UGCC 2010-2019, MINSAL).

	N	Egresos		Mortalidad		Diferencia en mortalidad (p.p.) (1=privado)	Estadía promedio		Diferencia en estadía (días) (1= privado)
		público (%)	privado (%)	público (%)	privado (%)		público (días)	privado (días)	
Total	58,986	34.9	65.1	6.3	9.3	1.5 (0.8)	13.3	15.9	8.1 (10.5)
UTI	19,131	23.9	74.2	3.1	4.5	1.9 (0.8)	20.3	8.8	-13.0 (13.2)
UCI	26,408	31.5	68.5	12.9	15.6	2.2 (1.4)	15.1	16.7	4.4 (5.6)

UGCC: La Unidad de Gestión Centralizada de Camas es una unidad de transferencia centralizada, basada en capacidad, para el sector público. Los costos médicos son cubiertos por Fonasa.

UTI: Unidad de Tratamiento Intermedio; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

p.p.: puntos porcentuales. La diferencia en mortalidad se estima mediante una regresión logística; la diferencia en la duración de la estadía se estima mediante una regresión lineal utilizando el logaritmo natural de los días-cama como variable de resultado. Todas las estimaciones de diferencias son condicionales, controlando por el año, la región de origen y destino de la transferencia, la distancia y la distancia al cuadrado de la transferencia, si la transferencia cruza regiones y el tipo de grupo médico que solicitó la transferencia.

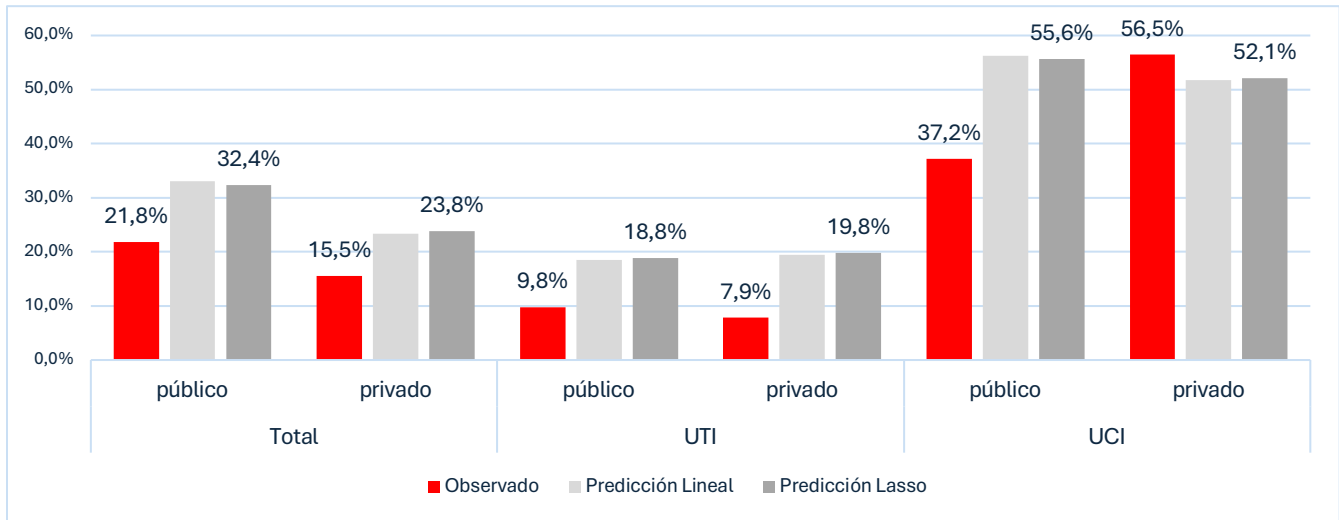
Todos los errores estándar están agrupados a nivel de establecimiento. Las celdas en negrita son estadísticamente significativas al 95% de confianza.

Hecho 3. La brecha de mortalidad entre hospitales públicos y privados se debe principalmente a las diferencias en el riesgo de los pacientes. Por otro lado, la asignación de pacientes severos a unidades con capacidad disponible puede salvar vidas.

Durante la pandemia de COVID-19 entre 2020 y 2021, los prestadores privados se incorporaron a la red de los Servicios de Salud, y la UGCC priorizó transferir pacientes más severos a establecimientos con capacidad. Al comparar mortalidad observada y predicha, los pacientes transferidos mostraron mejores resultados, confirmando que esta estrategia salva vidas. En la Figura 2, se presenta la mortalidad predicha

en caso de que los pacientes no hubieran sido transferidos por la UGCC, en comparación con la mortalidad observada después de los traslados.

Figura 2. Mortalidad observada y predicha de pacientes transferidos por la UGCC (calculado con registros UGCC 2020-2021, MINSAL).



Notas: Durante la pandemia de COVID-19, la UGCC transfirió 1549 pacientes con COVID-19 a hospitales públicos y 9091 a hospitales privados. Predicimos mortalidad basándonos en los 43264 pacientes con COVID-19 que permanecieron en el sistema público. La predicción lineal proviene de un modelo **Logit**. La predicción **Lasso** proviene de un modelo Lasso-Logit, que es un tipo de modelo Machine Learning que utiliza variables continuas estandarizadas, variables categóricas dicotomizadas y las interacciones entre todas las variables. Las variables incluyen efectos fijos de tiempo como el trimestre del alta; características demográficas del paciente como edad, edad al cuadrado, sexo, etnia y nacionalidad, municipio de residencia, ingreso imponible y grupos de ingreso; medidas de severidad como los pesos GRD y un código de riesgo de mortalidad de tres niveles; condiciones preexistentes como hipertensión, diabetes, accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, asma, etc.; y tratamientos como la duración de la estadia, especialidad, admisión por emergencia y la aplicación de traqueostomía, intubación, ventilación mecánica, ECMO, entre otros.

3. Análisis política: la autoselección de pacientes Fonasa

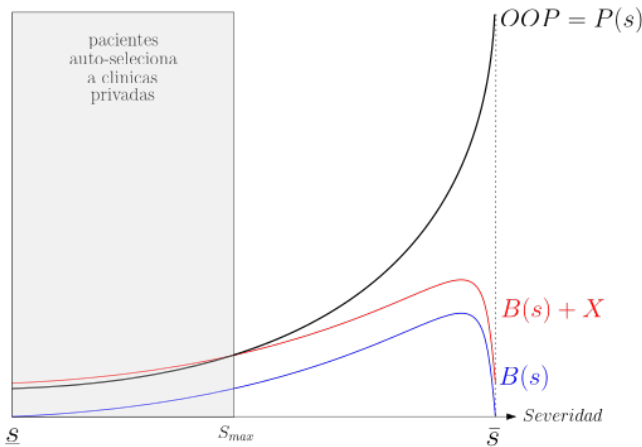
¿Cómo la cobertura afecta la autoselección de pacientes entre hospitales público y clínicas privadas? Racionalizamos la decisión de pacientes con un modelo simple de autoselección. La elección del cuidado privado depende de dos factores: el beneficio (denotado con la función B) en reducir el riesgo de mortalidad por mayor capacidad de cuidado intensivo y una mejor experiencia del paciente (denotado con X , incluye comodidades, atención personalizada, etc.). Figura 3 muestra los incentivos de los pacientes Fonasa cuando deciden si optan por clínicas privadas o no. Por un lado, su beneficio $B(s)$ es una función creciente en severidad s . Por otro lado, el precio que enfrentan $P(s)$ y su gasto de bolsillo $OOP(s)$ también es una función creciente en severidad s . Entonces,

- Para pacientes Fonasa sin cobertura (MAI), solo los de baja severidad eligen el cuidado privado debido al costo elevado (es decir, *autoselección negativa*).
- Para pacientes Fonasa con cobertura parcial (MLE), hay una autoselección negativa menos pronunciada hacia el sector privado.

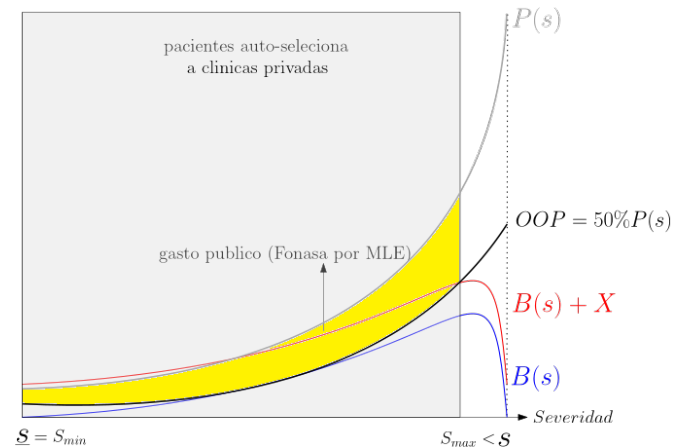
La autoselección negativa basada en la severidad implica que los fondos públicos destinados a clínicas privadas benefician principalmente a pacientes con condiciones menos graves (y potencialmente de mayores ingresos), mientras que los pacientes con mayores necesidades y potenciales beneficios de la atención privada no optan por este servicio.

Figura 3. Autoselección negativa de pacientes con Fonasa (modalidades MAI o MLE) y el gasto público en el sector privado.

Pacientes MAI (sin cobertura)



Pacientes MLE (cobertura parcial)

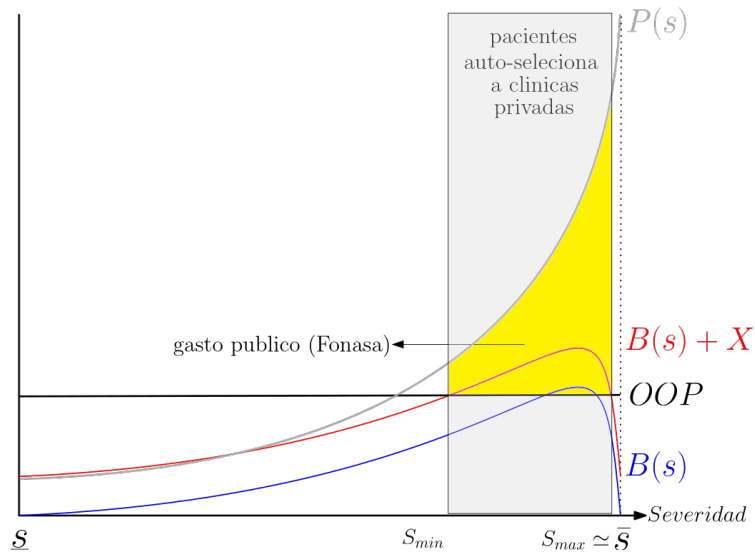


4. Recomendaciones para la política pública

¿Es posible incentivar que los pacientes severos elijan el sector privado (es decir, fomentar la autoselección positiva) sin sobrecargar el presupuesto de Fonasa? Creemos que **sí**. La implementación de un esquema de cobertura basado en diagnósticos, donde los pacientes paguen un monto fijo por condición (similar al sistema de Patologías Asociadas a Diagnósticos – PAD), podría alinear los incentivos y permitir que los pacientes severos accedan al cuidado privado sin enfrentar riesgos financieros excesivos en caso de complicaciones. Esta medida contribuiría a equilibrar el acceso entre sectores y a mejorar los resultados de salud, especialmente en pacientes con condiciones más graves. La Figura 4 ilustra la cobertura óptima para lograr este objetivo.

No obstante, es fundamental que Fonasa asuma la brecha de costos para incentivar a las clínicas privadas a recibir pacientes más graves, lo que contribuiría a reducir la mortalidad general. Una vez que Fonasa asuma el riesgo financiero asociado a las complicaciones, proponemos establecer un nivel de copago superior al aplicado en el PAD para contribuir a financiar la brecha de costos. Esto permitiría focalizar el gasto público en los pacientes con mayores beneficios al acceder a la capacidad de cuidados intensivos del sector privado, sin desviar recursos destinados a la inversión en hospitales públicos.

Figura 4. Autoselección positiva de pacientes con mayor beneficio en acceder a clínicas privadas.



¹ **GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators.** Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231–66